

Gokverslaving

Een overzicht

Anneke Goudriaan *

Problematisch gokken of gokverslaving is een stoornis die veel overeenkomsten heeft met middelenafhankelijkheid wat betreft ontstaansgeschiedenis, risicofactoren, erfelijkheid en behandel-mogelijkheden. Zo zijn er overeenkomsten in afwijkingen in hersen-functies, neuropsychologische functies, risicofactoren voor terugval (zoals impulsiviteit) en effectiviteit van psychologische en farmacolo-gische behandelmethoden. Doordat er genoeg bewijs is voor overeenkomsten met middelenverslaving, is gokverslaving de eerste niet-middelengebonden verslaving die opgenomen zal worden in de DSM-5 onder de categorie 'Verslaving en aan verslaving gerelateerde stoornissen'. De laatste schattingen in Nederland geven aan dat er tussen de twintig- en zestigduizend problematische gokkers zijn, wat neerkomt op een prevalentie van 0,15-0,22 procent. Jaarlijks zoeken een kleine drieduizend probleemgokkers behandeling in de versla-vingszorg, en de laatste tien jaar is het aantal probleemgokkers in be-handeling stabiel, na een daling tussen 1996 en 2001. In Nederland is er sinds lange tijd ambivalentie rond mogelijkheden om te gokken: naast een neiging tot regulering om gokken uit het illegale circuit te houden, is er een tendens om gokken te beperken vanwege de risico's op gokproblematiek. De interactie tussen deze twee krachten leidt tot politieke discussies rond veranderingen in het aanbieden van kans-spelen, zoals recentelijk rond de legalisering van kansspelen op internet.

* Dr. A.E. Goudriaan is hoofdonderzoeker Verslaving bij de Afdeling Onderzoek en Kwaliteit van Arkin te Amsterdam en bij het Amsterdam Institute for Addiction Research van het Academisch Medisch Centrum, Afdeling Psychiatrie, van de Universiteit van Amsterdam. E-mail: a.e.goudriaan@amc.uva.nl en agoudriaan@gmail.com.

Inleiding

Het gebruik van verschillende termen voor problematisch gokken - excessief gokken (Legg & Gotestam, 1991), compulsief gokken (Barker & Miller, 1968; Lester, 1994), gokverslaving (Meyer & Stadler, 1999; Blaszczynski & McConaghy, 1989) en probleemgokken (Hodgins e.a., 2001; Malkin & Syme, 1986) - geeft aan dat er in de loop van de tijd verschillend tegen aangekeken is. Dat problematisch gokken als stoornis gezien kan worden, werd eind jaren zeventig concreet door opname van 'pathologisch gokken' als stoornis in de *International statistical classification of diseases and related health problems* (ICD) en in de *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM) van de American Psychiatric Association (APA). In 1977 werd pathologisch gokken door de World Health Organization opgenomen in de ICD-9 en in 1980 volgde de DSM waarin pathologisch gokken geclassificeerd wordt als een 'stoornis in de impulsbeheersing, niet elders geclassificeerd' (American Psychiatric Association, 1980). De DSM-IV (1994) beschrijft pathologisch gokken als 'aanhoudend en recidiverend on-aangepast gokgedrag dat de persoonlijke, familiale of beroepsactiviteiten verstoort', wat blijkt uit het voldoen aan ten minste vijf van tien criteria (zie tabel 1).

Tabel 1. DSM-IV-criteria voor pathologisch gokken.

A		De persoon:
1	is	gepreoccupeerd door gokken, bijvoorbeeld preoccupatie met het herbelevan van eerdere gokervaringen, het plannen van de volgende gok, of denken over manieren om aan geld te komen om te gokken;
2	heeft	steeds meer geld nodig om te gokken om de gewenste opwinding te bereiken;
3	is	rusteloos of prikkelbaar bij pogingen om het gokken te verminderen of te stoppen;
4	keert	vaak de volgende dag terug om geld dat eerder verspeeld werd terug te winnen;
5	deed	herhaaldelijk weinig succesvolle pogingen het gokken in de hand te houden, te verminderen of te stoppen;
6	heeft	vanwege het gokken belangrijke relaties, werk, of onderwijs- of carrièremogelijkheden op het spel gezet, of is deze kwijtgeraakt;
7	gokt	als een middel om te ontsnappen aan problemen of om een sombere stemming te verlichten;
8	ligt	tegen gezinsleden, behandelaar of anderen om de mate van betrokkenheid bij het gokken te verhullen;
9	heeft	onwettige handelingen begaan om het gokken te kunnen betalen, zoals vervalsing, oplichting, diefstal of verduistering;
10	reken	op anderen om een uitzichtloze financiële situatie die door het gokken ontstaan is te verlichten;
B		Het gokgedrag kan niet beter verklaard worden door een manische episode.

Een aantal van de criteria van pathologisch gokken zoals genoemd in de DSM-IV komt overeen met de criteria voor middelenafhankelijkheid, zoals het optreden van tolerantie, controleverlies en verminderd sociaal of professioneel functioneren als gevolg van gokgedrag. Het vierde diagnostische criterium voor pathologisch gokken - teruggaan om te proberen verliezen terug te winnen- is specifiek voor deze stoornis. In de laatste vijftien jaar werd veel onderzoek gedaan naar pathologisch gokken en overeenkomsten en verschillen met middelenverslavingen. Rond 2006 verscheen er een aantal overzichts- en opinie-artikelen die de overeenkomsten tussen pathologisch gokken en alcohol- en middelenafhankelijkheid benadrukken (Petry, 2006; Potenza, 2006). Tussen 2006 en 2012 is meer onderzoek gedaan waarin pathologisch gokken met middelenverslavingen werd vergeleken, op het gebied van epidemiologie, neurobiologie, erfelijkheid en behandeling met medicatie. Op basis van vooral deze recentere onderzoeken is besloten pathologisch gokken te verplaatsen naar een nieuwe categorie in de DSM-5, waarvan verwacht wordt dat deze gepubliceerd zal worden in 2013 (zie www.dsm5.org): 'Verslaving en aan verslaving gerelateerde stoornissen'.

Problematisch gokken - de nieuwe classificatieterm voor de DSM-5 - is de eerste niet-middelengebonden verslaving die opgenomen wordt in deze categorie. Deze verschuiving in classificatie geeft aan dat men verslaving als syndroom benadert, waarbij benadrukt wordt dat aan niet-middelengebonden verslavingen (zoals pathologisch gokken) dezelfde gedragsmatige en neurobiologische processen ten grondslag liggen als aan middelenafhankelijkheid. Het indelen van pathologisch gokken als gedragsmatige verslaving kan gevolgen hebben voor de behandeling, bijvoorbeeld door te onderzoeken of nieuwe vormen van behandelingen voor middelenafhankelijkheid ook effectief zijn voor pathologisch gokken. Andere mogelijke gedragsmatige verslavingen, zoals gameverslaving en seksverslaving, worden nog niet opgenomen in de DSM-5 omdat er nog niet genoeg onderzoek is dat aantoonde dat dezelfde factoren ontstaan, beloop en behandeling kunnen verklaren als voor middelenverslaving of pathologisch gokken. Seksverslaving ('hypersexual' disorder) wordt in een appendix van de DSM-5 wel opgenomen als een van de stoornissen die meer onderzoek nodig heeft. In dit artikel wordt de term problematisch gokken gehanteerd, om aan te sluiten bij op handen zijnde veranderingen in de classificatie van problematisch gokken.

Problematisch gokken in Nederland

In 2005 en 2011 werden twee grote bevolkingsonderzoeken gedaan om het vóórkomen van gokproblematiek in te schatten. Deze onderzoeken werden gedaan in opdracht van het Wetenschappelijk Onderzoeks en Documentatie Centrum (WODC) van het ministerie van Justitie en Veiligheid (De Bruin e.a., 2005; Bieleman e.a., 2011). In beide metingen werden dezelfde meetinstrumenten en scoring gebruikt, wat vergelijkingen vergemakkelijkt; zo werd een Nederlandstalige versie van de South Oaks Gambling Screen (SOGS; Lesieur & Blume, 1987) gebuikt, aangepast voor tijdsperiode (meest recente gokproblematiek en problematiek gedurende het hele leven). In beide studies werden ongeveer zesduizend deelnemers opgenomen (leeftijdssrange 16-70 jaar) en de 'response rate' was vergelijkbaar tussen de studies (25-28%). Data werden daarom gewogen voor verschillen in demografische kenmerken voor de verschillende 'response rate'. Een SOGS-score van 3-4 werd als indicatie voor risicogokken genomen en een score van 5 of meer als indicatie voor problematisch gokken. Zowel meest recente gokproblematiek als gokproblematiek gedurende het hele leven kwam relatief weinig voor: laatste jaar prevalentie 0,22 procent (2005) en 0,15 procent (2011: 20.300 probleemgokkers). Het aantal risicospelers was wat hoger: 0,42 procent (2005) en 0,68 procent (2011: 92.000 risicospelers). Vanwege de grote betrouwbaarheidsmarges waren er geen significante verschillen in hoe vaak probleemgokken voorkwam in 2005 en 2011 (schattingen tussen de 20.000 en 59.000 probleemgokkers). Het aantal recreatieve spelers (gokkers zonder gokproblemen) nam echter wel af: van 73,8 procent van de respondenten (2005) naar 64,4 procent van de respondenten (2011; SOGS-score < 3 en deelname aan kansspelen in het laatste jaar). Een groter aandeel van de problematische gokkers heeft ook andere psychiatrische aandoeningen. Uit een recent overzichtsartikel (Lorains e.a., 2011) blijkt dat er een verhoogde comorbiditeit is met nicotineafhankelijkheid (60%; spreiding: 35-76%), alcohol- en middelenafhankelijkheid (57,5%; 13-73%), stemmingsstoornissen (38%; 3,1-38,6%), en angststoornissen (37%; 11-60%). Uit Brits en Canadees onderzoek blijkt verder dat vooral adolescenten en jongvolwassenen vaker problematisch gokker zijn dan verwacht zou kunnen worden op basis van demografische samenstelling (Griffiths & Wood, 2000; Derevensky & Gupta, 2000; Gotestam & Johansson, 2003). Omgevingsfactoren beïnvloeden de deelname aan kansspelen en de kans op problematisch gokken: mensen die in een achterstandswijk wonen hebben vaker gokproblemen en datzelfde geldt voor mensen die dicht bij een casino wonen (< 15 kilometer; Welte e.a., 2004). Risicofactoren voor het heb-

ben van gokproblemen zijn verder het deelnemen aan meer soorten gokken en gokken in meer soorten locaties, bijvoorbeeld in casino's, gokhallen en online (De Bruin, 2005, Bieneman, 2011). Voor toekomstige preventie lijkt daarom de integratie van preventiemaatregelen voor verschillende vormen van gokken over verschillende aanbieders heen zeer relevant.

Wat betreft het aantal mensen dat in behandeling was voor gokproblematiek in de Nederlandse verslavingszorg in de afgelopen vijftien jaar, is een duidelijk beeld te krijgen via de gegevens die elk jaar verzameld worden door de Stichting Informatie Voorziening Zorg (zie www.sivz.nl) in het Landelijk Alcohol en Drugs Informatie Systeem (LADIS). Tussen 1994 en 2001 was er een geleidelijke vermindering van het aantal mensen in zorg voor gokproblematiek, waarbij in 2001 de helft van het aantal mensen in behandeling was, vergeleken met 1994 (Ouweland e.a., 2004). Tussen 2001 en 2010 stabiliseerde het aantal hulpzoekers, op ongeveer 2.700 probleemgokkers in 2010 (Ouweland e.a., 2011). De meerderheid van hulpzoekers met gokproblematiek als primair probleem is man (87% in 2010) en 34 procent van hen zoekt voor het eerst hulp voor deze problemen. Ongeveer drie kwart van de probleemgokkers die hulp zoekt heeft geen comorbide middelenproblematiek. Hulp voor gokproblematiek vormt daarmee een klein onderdeel (4%) van de Nederlandse verslavingszorg.

Verklaringsmodellen

Net als in verklaringsmodellen voor middelenafhankelijkheid staat in de verklaring voor het ontstaan van problematisch gokken het zogenaamde biopsychosociale model centraal. Hierin wordt benadrukt dat pathologisch gokken een complexe gedragsstoornis is waarbij biologische, psychologische en sociale factoren interacteren bij het ontstaan en voortduren van problematisch gokken. De integratie van neurobiologische, psychologische en sociologische kennis werd geïntegreerd in modellen die het ontstaan en voortduren van gokproblemen beschrijven (Sharpe, 2002; Blaszczynski & Nower, 2002).

De beschikbaarheid van kansspelen vormt de achtergrond voor het ontstaan van gokgedrag en creëert de mogelijkheid tot regelmatig gokken. Ervaringen met gokken, zoals vroege winsten, kunnen het ontstaan van regelmatig gokken bevorderen. Een genetische kwetsbaarheid voor het ontwikkelen van verslavingen (Slutske e.a., 2000), gekoppeld aan een (neuro)biologische kwetsbaarheid, kan vervolgens een specifieke neurobiologische en psychologische reactie op beloningen tijdens het gokken opwekken. De ontwikkeling van 'craving' of hunkering is het gevolg van veranderingen in het beloningssysteem in

de hersenen. Deze veranderingen zorgen ervoor dat alles wat met gokken te maken heeft, sterk de aandacht trekt en een sterke drive of motivatie geeft om te gaan gokken. Al deze interacterende factoren vormen de voedingsbodem voor het ontstaan van problematische gokpatronen (Sharpe, 2002).

Uit recent onderzoek is bekend dat frontale hersenfuncties die gerelateerd zijn aan impulsiviteit, verminderd planningsvermogen en een sterkere gerichtheid op onmiddellijke beloningen, de ontwikkeling van gokverslaving kunnen bevorderen (Slutske e.a., 2012; Vitaro e.a., 1997; Vitaro e.a., 1999) en tevens een risicofactor vormen voor terugval in gokproblematiek (Goudriaan e.a., 2008; Alvarez-Moya e.a., 2011). Ook zou het verminderd optreden van lichamelijke reacties (hartslag) voorafgaand aan het maken van ongunstige keuzen (Goudriaan e.a., 2006) kunnen betekenen dat problematische gokkers minder of geen lichamelijke waarschuwingssignalen ontwikkelen die erop wijzen dat gokken negatieve consequenties heeft. Dit zou deels kunnen verklaren waarom mensen blijven gokken, ook wanneer zich steeds weer verliezen voordoen. Verhoogde impulsiviteit kan het voortbestaan van gokgedrag ook verder bevorderen, ondanks de negatieve consequenties, doordat hierdoor de controle over het gokgedrag minder is. Ook een verminderde gevoeligheid voor het verliezen van geld in het brein kan doorgaan met gokken, ondanks de negatieve consequenties, stimuleren (De Ruiter e.a., 2009).

Cognitieve mispercepties zijn irreële gedachten over het gokken of de indruk dat men meer winst maakt doordat bijvoorbeeld meer aandacht wordt besteed aan de winst en minder aan verlies, waardoor een perceptueel filter ontstaat waarbij winsten beter worden onthouden dan verliezen. Het gebruik van ineffectieve coping-strategieën (zoals gokken om problemen te vergeten), samen met 'craving', zorgt vervolgens dat er weer gegokt wordt en dat het gokprobleem blijft bestaan. Impulsiviteit en verminderde planning en besluitvorming kunnen het aanleren van nieuwe coping-strategieën vertragen en de mogelijkheid het gokken te verminderen of te stoppen verder bemoeilijken.

Behandeling

Over het algemeen wordt problematisch gokken in Nederland behandeld volgens methoden die ook gebruikt worden bij de behandeling van alcohol en drugsverslaving. Cognitieve gedragstherapie en motiveerende gespreksvoering worden veel gebruikt, vaak in combinatie met een verwijzing naar een bureau voor schuldhulpverlening.

Als we de inmiddels klassieke vraag stellen welke behandeling effectiever is - pillen en/of praten - geven resultaten van twee recente over-

zichtsartikelen hier een duidelijk antwoord op. In twee meta-analyses werd aangetoond dat psychologische behandelingen een groter effect hebben dan farmacologische behandelingen voor problematisch gokken en dat farmacologische behandelingen effectiever zijn dan geen behandeling (effectgrootte psychologische behandeling 2,01, effectgrootte farmacologische behandeling 0,78; Pallesen e.a., 2005; Pallesen e.a., 2007). Hoewel uit deze meta-analyses geen antwoord komt op de vraag welke specifieke vormen van behandeling effectiever waren dan andere, werd de meerderheid van de psychologische behandelstudies uitgevoerd binnen het cognitief-gedragmatige spectrum: gedragstherapie, cognitieve therapie en cognitieve gedragstherapie (CGT). Andere methoden, zoals multimodale interventies, kortdurende interventies en Anonieme Gokkers, worden ook vaak gebruikt bij de behandeling van problematisch gokken.

In een recent literatuuroverzicht van Stea en collega's (Stea & Hodgins, 2011) wordt de effectiviteit van verschillende behandelmethoden voor gokproblematiek ingedeeld volgens de criteria van de American Psychological Association. Deze heeft drie categorieën:

- 1 sterke evidentie: minimaal twee hoog-kwalitatieve gerandomiseerde gecontroleerde trials waaruit superioriteit van de behandeling boven placebo blijkt;
- 2 waarschijnlijke evidentie: ten minste één RCT waaruit effectiviteit blijkt boven controleconditie;
- 3 veelbelovend: minder evidentie.

Voor problematisch gokken vallen gedragmatige interventies (zoals cognitieve gedragstherapie) en korte, motiverende en zelfgerichte behandelingen binnen categorie 1 of 2, farmacotherapie wordt tot categorie 1 gerekend, terwijl psychodynamische behandeling en anonieme gokkers als categorie 3-behandeling worden gezien. Behandeling gericht op 'harm-reduction' door het identificeren van gokproblemen en toepassing van externe controlemaatregelen bij online-gokkers leek een gunstig effect te hebben op het verhogen van zelfcontrole over gokgedrag (Stea & Hodgins, 2011).

Er zijn verschillende veelbelovende farmacologische interventies voor de behandeling van problematisch gokken (Van den Brink, 2012). In de literatuur zijn inmiddels 24 studies gepubliceerd, waarvan 16 gerandomiseerde klinische trials (RCT's). Opiaatantagonisten (zoals naltrexon en nalmeleen) en antidepressiva (SSRI's) werden het meest frequent onderzocht. Minder frequent onderzochte middelen voor behandeling van problematisch gokken zijn antipsychotica, glutamaterge middelen en middelen gericht op stemmingsstabilisering (zoals

lithium). Van de klinische trials met opiaatantagonisten bleek naltrexon effectiever bij probleemgokkers met een positieve familiegeschiedenis voor alcoholafhankelijkheid. Hieruit blijkt dat de effectiviteit van farmacotherapie voor problematische gokkers mogelijk te verhogen is door deze aan te bieden aan cliënten met een familiegeschiedenis voor verslaving.

Nederlands onderzoek naar gokverslaving

Gokonderzoek in Nederland richt zich traditioneel op beleidsgericht onderzoek, bijvoorbeeld op de mate waarin nieuw te introduceren vormen van gokken verslavend zijn. Zo werd een groot onderzoek gedaan naar kraslotverslaving ten tijde van de introductie van krasloten (DeFuentes-Merillas e.a., 2004; DeFuentes-Merillas e.a., 2003). Uit dit onderzoek bleek dat kraslotverslaving zeer zeldzaam was en dat degenen die er problemen mee hadden, relatief weinig geld besteedden aan het kopen van krasloten. Bovendien was problematisch krasloten kopen meestal een klein onderdeel van een gokprobleem, waarbij andere vormen van gokken veel grotere problematiek veroorzaakten (in de zin van tijd en geld besteed aan gokken).

Ander onderzoek dat is gedaan aan de hand van beleidsvragen, uitgaand van het ministerie van Justitie (waar de Wet op de kanspelen onder valt), betreft onderzoek naar de prevalentie van vormen van gokken die (deels) gereguleerd zijn, zoals online- en offline-pokeren (Meerkerk e.a., 2010), onderzoek naar het vóórkomen van problematisch gokken (De Bruin e.a., 2005; Bieleman e.a., 2011), en naar specifieke eigenschappen van bepaalde spelers (De Bruin e.a., 2001) of bepaalde spelen, zoals belspelletjes op televisie of internetgokken. De meeste van deze studies werden gedaan in opdracht van het College voor Toezicht op de Kansspelen.

Naast dit beleidsgerichte onderzoek kan gokonderzoek gedaan worden door het aanvragen van subsidies bij NWO-ZonMw of door sponsoring door aanbieders van kansspelen. Onderzoek naar problematisch gokken gesubsidieerd door ZonMw richtte zich vooral op neurobiologische aspecten van problematisch gokken (De Ruiter e.a., 2012; Van Holst e.a., 2012; Goudriaan e.a., 2004; Goudriaan e.a., 2008; Goudriaan e.a., 2010).

Omdat de meeste van de resultaten van beleidsgericht onderzoek worden gepubliceerd in de vorm van rapporten en niet in (inter)nationale tijdschriften, kan het soms lastig zijn een overzicht van het Nederlandse gokonderzoek te krijgen. Tot voor kort stonden alle rapporten op de website van het College voor Toezicht op de Kansspelen. Met de verandering van de Wet op de kansspelen is deze website verdwenen

en op de website van de Kansspelautoriteit (zie www.kansspelautoriteit.nl), het nieuwe orgaan voor regulering van kansspelen, zijn deze rapporten (nog) niet geplaatst.

Wetgeving, regulering en de nieuwe Kansspelautoriteit

De wetgeving rond gokken dateert in Nederland van 1726, toen de Staatsloterij (toen nog Generaliteitsloterij) opgezet werd. Tot dat moment waren alle vormen van gokken verboden, hoewel er een groot aantal illegale loterijen werd georganiseerd aan het begin van de achttiende eeuw. De Loterijwet legaliseerde andere loterijen in 1905, gevolgd door de legalisatie van het wedden op paardenrennen in 1930. Doordat andere vormen van loterijen erg populair werden, verbood men het organiseren van loterijen door burgers na de Tweede Wereldoorlog. Sportwedden werd gelegaliseerd in 1958 en een allesomvattende wet die alle kansspelen reguleerde werd van kracht in 1964: de Wet op de Kansspelen (WoK).

De hoofddoelen van de WoK uit 1964 zijn:

- reguleren en beheersen van kansspelen;
- tegengaan van kansspelverslaving;
- beschermen van de consument door een eerlijk aanbod van kansspelen;
- tegengaan van illegaliteit en criminaliteit.

Het aantal aanbieders van kansspelen is beperkt bij wet en de nationale markt van kansspelen is gemonopoliseerd door de overheid. Onder dit monopolie vallen de Staatsloterij, andere loterijen, paardenwedden en wedden op sport. In 1974 werd de WoK uitgebreid met - door de overheid gelicenseerd - lotto en casino's. In eerste instantie waren er drie casino's, nu zijn er veertien die alle staatseigendom zijn en onder één licentiehouder vallen: Holland Casino. Buiten casino's geëxploiteerde fruitautomaten werden toegestaan in 1986 en krasloten werden in 1994 geïntroduceerd.

In verschillende rechtszaken door buitenlandse kansspelaanbieders werd geprobeerd het monopolie van de Nederlandse overheid te doorbreken, door een beroep te doen op het Europese grondbeginsel van het vrije dienstenverkeer binnen de Europese Unie. Nederland zou in strijd met dit grondbeginsel handelen door kansspelen uitsluitend met een vergunning toe te laten en door deze vergunningen uitsluitend aan Nederlandse bedrijven te gunnen. De Nederlandse overheid bestreed en bestrijdt dit standpunt door aan te dragen dat kansspelen

niet onder het vrije dienstenverkeer kunnen vallen, vanwege restricties en regulering van gokproblematiek. Momenteel is de (Europese) jurisprudentie in het voordeel van het Nederlandse standpunt.

Door de Europese ontwikkelingen werd voor de Nederlandse overheid de noodzaak duidelijk om het beleid meer in lijn te brengen met de wetgeving. In de laatste vijftien jaar is daarom strikter beleid gevoerd en zijn beperkingen gesteld aan advertenties en sponsoring door aanbieders van kansspelen. De aanpassing van de WoK en de oprichting van de Kansspelautoriteit als vervanger van het College voor Toezicht op de Kansspelen kunnen gezien worden als gevolg van implementatie van dit striktere beleid. De Kansspelautoriteit heeft vergeleken met het College voor Toezicht op de Kansspelen meer bevoegdheden. De Kansspelautoriteit is de wettelijke autoriteit om:

- vergunningen voor kansspelen uit te geven;
- toe te zien dat wet- en regelgeving wordt gevolgd door kansspel aanbieders;
- toe te zien dat de wettelijke percentages van kansspelbelasting worden betaald;
- illegale gokpraktijken te bestrijden;
- sancties uit te delen op overtredingen van de WoK.

Naast deze taken is de Kansspelautoriteit ingesteld om preventie en beperking van gokproblematiek te bevorderen en het algemene publiek te informeren over de risico's van kansspelen. De belangrijkste verandering is dat de Kansspelautoriteit de mogelijkheid heeft om sancties (boetes) op te leggen aan kansspel aanbieders die zich niet aan de wetgeving houden of aan illegale aanbieders. Het eerdere College voor Toezicht op de Kansspelen had geen mogelijkheid om sancties op te leggen en met de oprichting van de Kansspelautoriteit is er dus een krachtiger controle op naleving van de WoK.

De laatste ontwikkelingen wat betreft veranderingen in kansspel aanbod en kansspelregulering zijn gerelateerd aan de legalisering van online-gokken. Op dit moment is online-gokken illegaal en het eerste initiatief om te starten met een experiment met online-gokken werd in 2008 afgewezen door de Eerste Kamer. Tot voorjaar 2012 werd gewerkt aan een verandering van de WoK om online-gokken te legaliseren en zo te reguleren, omdat er momenteel een groot (illegaal) aanbod is van online-kansspelen waar Nederlanders aan kunnen deelnemen. Deze ontwikkelingen is vooralsnog tot staan gekomen door de val van het kabinet.

Literatuur

- Alvarez-Moya, E.M., Ochoa, C., Jimenez-Murcia, S., Aymami, M.N., Gomez-Pena, M., Fernandez-Aranda, F., e.a. (2011). Effect of executive functioning, decision-making and self-reported impulsivity on the treatment outcome of pathologic gambling. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 36, 165-175.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatry Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Barker, J.C. & Miller, M. (1968). Aversion therapy for compulsive gambling. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 146, 285-302.
- Bieleman, B., Biesma, S., Kruijze, A., Zimmerman, C., Boendermaker, M., Nijkamp, R., e.a. (2011). *Gokken in kaart: tweede meting aard en omvang kansspelen in Nederland*. Groningen/Rotterdam: IntraVal.
- Blaszczynski, A. & McConaghy, N. (1989). Anxiety and/or depression in the pathogenesis of addictive gambling. *International Journal for the Addictions*, 24, 337-350.
- Blaszczynski, A. & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97, 487-499.
- Brink, W. van den (2012). Evidence-based pharmacological treatment of substance use disorders and pathological gambling. *Current Drug Abuse Reviews*, 5, 3-31.
- Bruin, D.E. de, Leenders, F.R.J., Fris, M., Verbraeck, H.T., Braam, R.V. & Wijnngaart, G.F. van de (2001). *Gasten van Holland Casino. Effectiviteit van het preventiebeleid kansspelverslaving*. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek.
- Bruin, D.E. de, Meijerman, C.J.M., Leenders, F.R.J. & Braam, R. (2005). *Verslingerd aan meer dan één spel: een onderzoek naar de aard en omvang van kansspelproblematiek in Nederland*. Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek.
- DeFuentes-Merillas, L., Koeter, M.W., Bethlehem, J., Schippers, G.M. & Brink, W. van den (2003). Are scratchcards addictive? The prevalence of pathological scratchcard gambling among adult scratchcard buyers in the Netherlands. *Addiction*, 98, 725-731.
- DeFuentes-Merillas, L., Koeter, M.W., Schippers, G.M. & Brink, W. van den (2004). Temporal stability of pathological scratchcard gambling among adult scratchcard buyers two years later. *Addiction*, 99, 117-127.
- Derevensky, J.L. & Gupta, R. (2000). Prevalence estimates of adolescent gambling: a comparison of the SOGS-RA, DSM-IV-J, and the GA 20 questions. *Journal of Gambling Studies*, 16, 227-251.
- Gotestam, K.G. & Johansson, A. (2003). Characteristics of gambling and problematic gambling in the Norwegian context: a DSM-IV-based telephone interview study. *Addictive Behaviors*, 28, 189-197.
- Goudriaan, A.E., de Ruiter, M.B., Brink, W. van den, Oosterlaan, J. & Veltman, D.J. (2010). Brain activation patterns associated with cue reactivity and craving in abstinent problem gamblers, heavy smokers, and healthy controls: an fMRI study. *Addiction Biology*, 15, 491-503.
- Goudriaan, A.E., Oosterlaan, J., Beurs, E. de & Brink, W. van den (2004). Pathological gambling: a comprehensive review of biobehavioral findings. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28, 123-141.

- Goudriaan, A.E., Oosterlaan, J., Beurs, E. de & Brink, W. van den (2006). Psychophysiological determinants and concomitants of deficient decision making in pathological gamblers. *Drug and Alcohol Dependence*, 84, 231-239.
- Goudriaan, A.E., Oosterlaan, J., Beurs, E. de & Brink, W. van den (2008). The role of self-reported impulsivity and reward sensitivity versus neurocognitive measures of disinhibition and decision-making in the prediction of relapse in pathological gamblers. *Psychological Medicine*, 38, 41-50.
- Griffiths, M. & Wood, R.T. (2000). Risk factors in adolescence: the case of gambling, videogame playing, and the internet. *Journal of Gambling Studies*, 16, 199-225.
- Hodgins, D.C., Currie, S.R. & el Guebaly, N. (2001). Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 50-57.
- Holst, R.J. van, Holstein, M. van, Brink, W. van den, Veltman, D.J. & Goudriaan, A.E. (2012). Response inhibition during cue reactivity in problem gamblers: an fMRI study. *PLoSOne*, 7, e30909.
- Legg, E.S. & Gotestam, K.G. (1991). The nature and treatment of excessive gambling. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 113-120.
- Lesieur, H.R. & Blume, S.B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.
- Lester, D. (1994). Access to gambling opportunities and compulsive gambling. *International Journal of the Addictions*, 29, 1611-1616.
- Lorains, F.K., Cowlishaw, S. & Thomas, S.A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, 106, 490-498.
- Malkin, D. & Syme, G.J. (1986). Personality and problem gambling. *International Journal of the Addictions*, 21, 267-272.
- Meerkerk, G.J., Risselada, A. & Schrijvers, C. (2010). *De kaarten op tafel: onderzoek naar de aard, ernst, en omvang van 'pokerverslaving' in Nederland*. Rotterdam: IVO.
- Meyer, G. & Stadler, M.A. (1999). Criminal behavior associated with pathological gambling. *J Gambl Stud*, 15, 29-43.
- Ouwehand, A.W., van Alem, V.C.M. & Boonzajer Flaes, S. (2004). *Key figures addiction care 2003*. National Alcohol and Drugs Information System (LADIS). Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg.
- Ouwehand, A.W., Wisselink, D.J., Kuijpers, W.G.T., Delden, E.B. van & Mol, A. (2011). *Kerncijfers verslavingszorg 2010*. Houten: Stichting Informatie Voorziening Zorg.
- Pallesen, S., Mitsem, M., Kvale, G., Johnsen, B.H. & Molde, H. (2005). Outcome of psychological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis. *Addiction*, 100, 1412-1422.
- Pallesen, S., Molde, H., Arnestad, H.M., Laberg, J.C., Skutle, A., Iversen, E., e.a. (2007). Outcome of pharmacological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 27, 357-364.
- Petry, N.M. (2006). Should the scope of addictive behaviors be broadened to include pathological gambling? *Addiction*, 101, Suppl. 1, 152-160.
- Potenza, M.N. (2006). Should addictive disorders include non-substance-related conditions? *Addiction*, 101, Suppl. 1, 142-151.

- Ruiter, M.B. de, Oosterlaan, J., Veltman, D.J., Brink, W. van den & Goudriaan, A.E. (2012). Similar hyporesponsiveness of the dorsomedial prefrontal cortex in problem gamblers and heavy smokers during an inhibitory control task. *Drug and Alcohol Dependence*, 121, 81-89.
- Ruiter, M.B. de, Veltman, D.J., Goudriaan, A.E., Oosterlaan, J., Sjoerds, Z. & Brink, W. van den (2009). Response perseveration and ventral prefrontal sensitivity to reward and punishment in male problem gamblers and smokers. *Neuropsychopharmacology*, 34, 1027-1038.
- Sharpe, L. (2002). A reformulated cognitive-behavioral model of problem gambling. A biopsychosocial perspective. *Clinical Psychology Review*, 22, 1-25.
- Slutske, W.S., Eisen, S., True, W.R., Lyons, M.J., Goldberg, J. & Tsuang, M. (2000). Common genetic vulnerability for pathological gambling and alcohol dependence in men. *Archives of General Psychiatry*, 57, 666-673.
- Slutske, W.S., Moffitt, T.E., Poulton, R. & Caspi, A. (2012). Undercontrolled temperament at age 3 predicts disordered gambling at age 32: a longitudinal study of a complete birth cohort. *Psychological Science*, 23, 510-516.
- Stea, J.N. & Hodgins, D. C. (2011). A critical review of treatment approaches for gambling disorders. *Current Drug Abuse Reviews*, 4, 67-80.
- Vitaro, F., Arseneault, L. & Tremblay, R.E. (1997). Dispositional predictors of problem gambling in male adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1769-1770.
- Vitaro, F., Arseneault, L. & Tremblay, R.E. (1999). Impulsivity predicts problem gambling in low SES adolescent males. *Addiction*, 94, 565-575.
- Welte, J.W., Wieczorek, W.F., Barnes, G.M., Tidwell, M.C. & Hoffman, J.H. (2004). The relationship of ecological and geographic factors to gambling behavior and pathology. *Journal of Gambling Studies*, 20, 405-423.
- World Health Organization (1977). *The ICD-9 classification of mental and behavioural disorders*. Geneva: World Health Organization.